

Política de transición de Medicare Parte D

Esta política describe los requisitos de transición publicados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) los cuales establecen que todos los patrocinadores de la Parte D deben proporcionar un beneficio de transición apropiado a los miembros.

Esta política incluye lo siguiente:

- Miembros elegibles
- Medicinas que aplican
- Nuevas medicinas recetadas en comparación con la terapia de medicinas que tiene en este momento
- Plazos para la transición
- Extensión de la transición
- Transición a través de años de contrato para los miembros actuales
- Suministros de emergencia para miembros actuales
- Tratamiento para miembros que vuelven a inscribirse
- Cambios en el nivel de servicios
- Avisos de transición

Esta póliza describe cómo se aplican los beneficios de transición cuando está surtiendo medicinas recetadas en:

- Establecimientos de cuidado a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Farmacias de venta al por menor
- Red de suministro extendido (Extended Supply Network, ESN) (90 días en un establecimiento de venta al por menor)
- Farmacias con sistema de pedido por correo.

Miembros elegibles

Si está tomando medicinas que no están incluidas en el nuevo formulario (lista de medicinas) de su plan de un año a otro, puede ser elegible para un suministro de transición si:

- Tiene un nuevo plan de medicinas recetadas al inicio del 2019
- Recientemente se ha hecho elegible para la Parte D de Medicare en 2019
- Cambió de un plan Parte D de Medicare a otro después del 1 de enero de 2019
- Le afectan negativamente los cambios a la lista de medicinas del 2018 al 2019.
- Vive en un establecimiento LTC

Medicinas que aplican

El beneficio de transición permite a los miembros recibir un suministro de medicinas elegibles de la Parte D cuando las medicinas:

- No están en la lista de las medicinas de su plan
- Fueron aprobadas para cobertura bajo una excepción una vez que caducó la excepción
- Están en la lista de medicinas de su plan, pero su capacidad para obtener la medicina es limitada
 - Por ejemplo, bajo un programa de administración de utilización (Utilization Management, UM) que requiere:
 - Autorización Previa (Prior Authorization, PA)
 - Terapia Escalonada (Step Therapy, ST)
 - Límites de Cantidad (Quantity Limits, QL)

Puede ser elegible para obtener un suministro de transición de una medicina para satisfacer sus necesidades inmediatas. Esto tiene por objeto darle tiempo suficiente para que pueda encontrar, junto con su médico, una medicina similar en la lista de medicinas del plan que satisfaga sus necesidades médicas o para completar una determinación de cobertura para continuar la cobertura de una medicina que está tomando actualmente con base en la necesidad médica. Una solicitud de determinación de cobertura aprobada permitirá la cobertura continua de una medicina que está usando actualmente.

Ciertas medicinas pueden no ser elegibles para un suministro de transición en la farmacia; estas medicinas requieren una revisión para que se determine si pueden estar cubiertas por su plan Parte D.

Si usted o su médico desean solicitar una determinación de cobertura, los formularios están disponibles por correo, fax, correo electrónico y en nuestro sitio de Internet; usted mismo puede acceder a los formularios o solicitar que se le envíe un formulario a usted y/o a su médico. El plan revisa las solicitudes de determinación de cobertura y le notificará una vez que se tome una decisión. Si el plan no aprueba la solicitud, se le proporcionará información adicional en cuanto sus opciones.

Puede obtener reabastecimientos para suministros que son dispensados por menos de la cantidad indicada debido a limitaciones de cantidad, que pueden ser usados con propósitos de seguridad.

Nuevas medicinas recetadas en comparación con la terapia de medicinas que tiene en este momento

Los beneficios de transición aplican en la farmacia a las nuevas medicinas recetadas cuando no está claro si una receta es para una medicina que está tomando por primera vez o si es para una medicina que no está en la lista de medicinas de su plan.

Plazos de tiempo de la transición

En establecimientos ambulatorios (venta al por menor, Red de suministro extendido [Extended Supply Network, ESN] y pedido por correo)

Si usted es nuevo o se reinscribió en el plan, se le puede permitir un suministro de transición para 30 días de medicinas elegibles de la Parte D (a menos que la receta indique por menos días) en cualquier momento durante los primeros 90 días de cobertura.

En establecimientos de cuidado a largo plazo (LTC)

Se le puede permitir un suministro de transición de 31 días (a menos que la receta indique por menos días) de medicinas elegibles de la Parte D durante los siguientes períodos:

- En cualquier momento durante los primeros 90 días de cobertura en un plan usted puede obtener hasta un suministro de transición de 31 días, dependiendo de cuántos días de medicinas se surten cada vez.
- Si una solicitud de determinación de cobertura aún se encuentra siendo procesada después de haber finalizado un período de transición de 90 días, puede obtener un suministro de emergencia por 31 días.

Extensión de la transición

El período de transición puede extenderse dependiendo del caso si la revisión de una solicitud de determinación de cobertura o una apelación no ha sido procesada al final de su período mínimo de transición (los primeros 90 días de cobertura). La extensión se proporciona sólo hasta que haya cambiado a una medicina de la lista de medicinas del plan o hasta que se tome una decisión sobre la determinación de la cobertura o la apelación.

Transición a través de años de contrato para los miembros actuales

Si no ha cambiado a una medicina cubierta antes del nuevo año calendario, puede proporcionársele un suministro de transición si ha ocurrido lo siguiente:

- Sus medicinas se eliminan de la lista de medicinas del plan del 2018 al 2019
- Los nuevos requisitos de UM se añaden a sus medicinas del 2018 al 2019

Si usted es un miembro existente con historial reciente de uso de una medicina que no está cubierta por su plan o tiene una capacidad limitada para obtener la medicina:

- En un establecimiento de venta al por menor usted puede obtener un suministro de transición por 30 días (a menos que la receta indique por menos días) en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario
- En un establecimiento LTC puede obtener un suministro de transición por 31 días (dependiendo de cuántos días de medicina se surten cada vez) en cualquier momento durante los primeros 90 días del año calendario.

La política se hace efectiva incluso si se inscribe con fecha de inicio el 1 noviembre o el 1 de diciembre y necesita un suministro de transición.

Suministros de emergencia para miembros

Si usted está en un establecimiento LTC, se le puede permitir un suministro de emergencia por 31 días como parte del proceso de transición, a menos que la receta indique menos días, de una medicina que no está en la lista de medicinas o si su capacidad de obtener la medicina es limitada. Si una solicitud de determinación de cobertura aún se encuentra bajo revisión después de un período de 90 días, puede obtener un suministro de emergencia. Su farmacia LTC puede llamar para ver si su medicina califica como un suministro de emergencia.

Tratamiento para miembros que se vuelven a inscribir

Usted puede dejar un plan, inscribirse en otro plan y luego volver a inscribirse en el plan original. Si esto ocurre, se tratará como un miembro nuevo, por lo cual usted es elegible para recibir beneficios de transición. Los beneficios de transición comienzan cuando se vuelve a inscribir en su plan original.

Cambios en el nivel de servicios

Durante un nivel de cambio de servicios, los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan pueden ser recetados. Si esto ocurre, usted y su proveedor de salud deben utilizar el proceso de Solicitud de determinación de cobertura de su plan.

Para evitar una brecha en la atención cuando se le da de alta, puede obtener un suministro completo para paciente ambulatorio que permitirá a la terapia continuar una vez que se agote el suministro limitado que se le proporcionó al momento del alta. Este suministro para paciente ambulatorio está disponible antes de darlo de alta de una estadía cubierta por la Parte A de Medicare.

Cuando es admitido a, o dado de alta de un establecimiento LTC, no puede tener acceso a las medicinas que se le suministraron anteriormente. Sin embargo, puede obtener un reabastecimiento en el momento de la admisión o el alta.

Avisos de transición

Cuando usted o su farmacia presentan una reclamación de medicinas recetadas para un suministro de transición, se le envía una carta por correo "first class U.S. mail" durante los tres días hábiles que siguen a la fecha en que se presentó su reclamo de medicinas. Se hacen esfuerzos para notificar a los médicos cuando una medicina recetada que prescriben a un miembro resulta en un suministro de transición. Esta carta se envía para explicar la siguiente información:

- Que el suministro de transición es temporal y no se puede reabastecer a menos que se apruebe una solicitud de determinación de cobertura
- Que debe averiguar con su médico una nueva opción de medicina que se encuentre en la lista de medicinas de su plan
- Que puede solicitar una determinación de cobertura y cómo hacer la solicitud, los plazos para tramitar solicitudes y los derechos de apelación si la determinación de cobertura no está aprobada

Consideraciones de costos

Se le cobrará el monto de costo compartido para una transición de suministro de medicinas que se proporciona, de la siguiente manera:

- A los miembros del subsidio de bajos ingresos (low income subsidy, LIS) no se cobrará un costo compartido mayor por la transición de suministro que la cantidad de copago máxima establecida
- A los miembros que no tengan LIS se les cobrará:
 - La misma cantidad de costo compartido para las medicinas de la Parte D que no están en la lista de medicinas que se les cobraría por las medicinas aprobadas a través de una excepción al formulario; o
 - La misma cantidad de costo compartido para medicinas en la lista de medicinas con modificaciones de UM que aplicaría si se cumplen los criterios de UM.

Si tiene preguntas sobre esta política, llame al número de teléfono que aparece en la parte posterior de su tarjeta de miembro.

Florida Blue Preferred HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue Preferred HMO depende de la renovación del contrato.

Para recibir asistencia, los miembros actuales deben llamar a Servicio para Miembros al 1-844-783-5189 si necesitan información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.